ZDROWIE I·ŻYCIE

DZIENNIK·URZĘDOWY IZBY·ZDROWIA W·GENERALNYM GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW

Zamawianie i opłata czasopisma
„Zdrowie i Życie"
tylko przez właściwy urząd pocztowy

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 7. Rocznik I. | Kraków, 13. 10. 1940 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — Pressekonto przy Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Część redakcyjna: Rękopisy należy nadsyłać w języku niemieckim i polskim. Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

UBEZPIECZENIE LEKARZY

Napisał: Dr med. Werner Kroll, stały zastępca Kierownika Izby Zdrowia, Kraków

Sprawa ubezpieczenia dla wszystkich wolnych zawodów, w przeciwieństwie do urzędników, była zawsze paląca. Zbyt często przekonywano się o tym, że członkowie wolnych zawodów, którzy żyli w pozornie zabezpieczonych gospodarczo stosunkach, a nawet byli uważani za zamożnych, z chwilą nieoczekiwanego zgonu pozostawiali swe rodziny w największej nędzy. To doświadczenie odnosi się zwłaszcza także do lekarzy. Lekarze zdawali sobie sprawę z tego, że ich działalność w normalnych gospodarczo czasach zapewnia im znaczny zarobek.

Z drugiej jednak strony lekarze dobrze wiedzieli o tym, czego na ogół nie dostrzegała opinia publiczna, mianowicie, że praktyka lekarska zwykła pochłaniać nieproporcjonalnie wysokie wydatki inwestycyjne. Lekarz musiał utrzymywać stosunkowo drogie mieszkanie, aby dać do dyspozycji pacjentom dostateczne poczekalnie, pokoje ordynacyjne i pomieszczenia lecznicze. Mieszkanie w miarę możliwości musiało znajdować się w szczególnie korzystnym położeniu, aby łatwo je mogli odnaleźć szukający pomocy. Musiano trzymać większe ilość personelu służbowego, aby nie tylko móc utrzymać w porządku większe mieszkanie, lecz także by stał on do dyspozycji dla bezpośredniej obsługi pacjenta. Przy telefonie musiał ktoś stale czuwać. Jeżeli żona lekarza nie mogła stale w tym celu być uwiązana w mieszkaniu, to pracownicy musieli być za niezbędne godziny nadliczbowe odpowiednio lepiej wynagradzani. Do tego dochodziły o ile możności wydatki na utrzymanie pojazdu.

Ponieważ zawód ten jako taki, ze swym codziennym napięciem nerwów i częstym zakłócaniem spoczynku nocnego, był o wiele więcej wyczerpujący, aniżeli większość innych znanych zawodów, przeto wymagania lekarza co do odprężenia były też odpowiednio większe. Dlatego też dla utrzymania siły do pracy dokonywano znacznych wydatków na cele odpoczynku. Na skutek tego powstało w opinii publicznej całkiem błędne zdanie w wysokiej stopie życiowej lekarzy, która poza nielicznymi wyjątkami, nigdy taka nie była. Dochody wystarczały przeważnie tylko na pokrycie koniecznych wydatków łącznie z odpowiednim do stanu utrzymaniem rodziny. Tylko niestosunkowo mała liczba lekarzy miała możność odłożenia tylu pieniędzy, aby po zgonie żywiciela rodzina wydawała się w pewnej mierze zabezpieczona.

Większość sumiennych lekarzy usiłowała sprostać swej odpowiedzialności wobec rodziny przez ubezpieczenie na życie. Przy tym jednak już z góry wynikała naturalna trudność. Wskutek długiego trwania czasu przeznaczonego na kształcenie, lekarz dopiero w stosunkowo późnym wieku dochodzi do samodzielnej egzystencji gospodarczej. Z tym pozostaje w związku, iż lekarz na ogół później od innych zawodów może założyć rodzinę. Pierwsze lata samodzielnej egzystencji z własną praktyką muszą być wypełnione rozwijaniem tej praktyki. Dochody z początkowej praktyki nie stały w żadnym stosunku do kosztów nabycia instrumentów, aparatów leczniczych, mieszkania, pojazdu itd. W takim położeniu musiano najczęściej zaciągnąć długi u krewnych lub gdzie indziej. Na pewno tylko w najrzadszych wypadkach pozostawały wolne fundusze dla zawarcia ubezpieczenia na życie. Pocieszano siebie i rodzinę, że jest się jeszcze młodym i krzepkim i w niedalekim czasie osiągnie się taką poprawę gospodarczą, że będzie się wolnym od długów i zbyt wielkich ograniczeń i wtedy będzie można myśleć o zabezpieczeniu rodziny.

Tak upływały pierwsze lata, stawaliśmy się coraz starszymi, a automatycznie z tym coraz wyższe były stawki zamierzonego ubezpieczenia na życie. Jeżeli chciało się zabezpieczyć swej rodzinie na wypadek śmierci odpowiedni kapitał, to premie w porównaniu do uzyskanych dochodów były zupełnie **nieosiągalne.** Mimo to wreszcie wcześniej czy później zapadało postanowienie zawarcia ubezpieczenia na życie.

Nie wszyscy lekarze są całkiem zdrowi. Przeciwnie, statystyki stwierdziły, że zużycie sił w zawodzie

lekarskim jest niestosunkowo wysokie i że wyłącznie przez to granica śmiertelności lekarzy leży na ogół w niskim wieku. Do tego dochodzi szczególnie wielka liczba zachorzeń zawodowych, spowodowanych trwałym stykaniem się z chorymi, a zwłaszcza z chorobami zakaźnymi, tak iż te choroby zawodowe występują często już w stosunkowo młodym wieku i zostawiają trwałe następstwa.

Doszło do tego, że przy badaniu dla zawarcia ubezpieczenia na życie stwierdzono wśród lekarzy w stosunkowo znacznym procencie braki zdrowotne, które spowodowały towarzystwa ubezpieczeń do zawierania ubezpieczenia za podwyższone premie. Musiano nawet odmówić ubezpieczenia znacznej liczby lekarzy właśnie z tych techniczno-ubezpieczeniowych powodów. Tak więc powstała sytuacja, że właśnie przedwcześnie zużyci i chorzy lekarze, których rodziny specjalnie potrzebowały zwiększonej opieki ubezpieczeniowej, zupełnie nie mogli korzystać z tego ubezpieczenia.

Tacy przedwcześnie zużyci i chorzy lekarze pozostawiali z konieczności po śmierci rodziny swe w nędzy; albowiem za życia tylko w bardzo rzadkich wypadkach udawało im się zebrać dostateczny kapitał dla zabezpieczenia swych rodzin. Te nieszczęśliwe ofiary zawodu stanowią wciąż żywe ostrzeżenie dla organizacji lekarskich, by myśleć o środkach w celu zwalczania tej nędzy. Już z góry jest jasne, że ubezpieczenie lekarzy dla tych poszczególnych celów musi być określone z innych punktów widzenia, aniżeli bywa to zwykle w przedsiębiorstwach ubezpieczeniowych. Podstawa ubezpieczeń lekarskich spoczywała dlatego nie tyle na rozważaniach ubezpieczeniowo-matematycznych, ile raczej na solidarności stanu lekarskiego, która znalazła swój wyraz organizacyjny w Izbach lekarskich. Podstawowym założeniem było rozłożenie wydatków na będących w potrzebie przynależnych do tego stanu oraz ich rodziny, na barki całości stanu, zorganizowanego w Izbie.

Konieczne zabiegi tutaj wśród polskich lekarzy poczyniono dzięki inicjatywie prywatnej kilku wielkich idealistów, stosunkowo późno. Prócz składki Izba ściągała jeszcze określoną stawkę na kasę, za pomocą której mogli otrzymywać pomoc, na odpowiedni wniosek, znajdujący się w potrzebie członkowie stanu lekarskiego. Rozporządzalne na te cele środki były bardzo ograniczone i przeznaczone tylko na przejściowe ulżenie doli w wypadku skrajnej nędzy. Ponadto rozbudowano ubezpieczenia na wypadek śmierci, które zbierały środki w drodze opłat, aby móc zapewnić jednorazową wypłatę kapitału rodzinom zmarłych lekarzy.

Ta spłata kapitałowa była próbą sprostania zadaniu. Ponieważ ten rodzaj ubezpieczenia był w okresie wybuchu wojny stosunkowo młody, nie można z doświadczenia wyciągnąć żadnego sądu o tym, czy ta forma ubezpieczenia utrzymałaby się przy dalszym rozwoju w czasach pokojowych. Istnieją jednak dostateczne doświadczenia w tej mierze, że tego rodzaju wypłata kapitałowa dla rodzin pozostałych po lekarzach nie może stanowić trwałego wyzwolenia z nędzy. W rodzinach lekarskich często bywa tak, że lekarz sam zarządza swymi pieniędzmi, a żona lekarza za życia swego męża ma inne zadania do spełnienia i wskutek tego nie uczy się należytego obchodzenia się z pieniędzmi. Gdyby przyznawane wypłaty kapitałowe były tak wysokie, że wdowa po lekarzu mogłaby przy najskromniejszych wymaganiach pokryć koszty swego utrzymania tylko z procentów, to praktycznie zagadnienie byłoby raczej rozwiązane. Wypłata kapitałowa była jednak tak mała, że dochody z procentów nigdy nie mogły wystarczyć na utrzymanie. Z konieczności wdowa po lekarzu uważała za bardziej korzystne dla siebie umieszczenie pieniędzy na możliwie najwyższe oprocentowanie, przez co łatwo wpadała w ręce jakiegoś wydrwigrosza i najczęściej w krótkim czasie traciła cały swój kapitał, stając znowu przed niczym, czego właśnie miało się uniknąć przy pomocy tego rodzaju ubezpieczenia. Jeżeli zaś nawet nie dochodziło do takiego wyniku, a wdowa była zmuszona do naruszenia kapitału, gdyż samo oprocentowanie jej nie wystarczało, to wcześniej czy później, wynik wreszcie był ten sam.

Obok tego ubezpieczenia na wypadek śmierci, które zebrało pewną sumę pieniędzy i wskutek tego nie widziało powodu do zmiany systemu ubezpieczenia, inne związki lekarskie usiłowały powołać do życia inny rodzaj ubezpieczeń. Tak powstał bardzo ładny pomysł założenia kasy pożyczkowej, z której miano wypłacać młodszym kolegom zaliczki na ułatwienie ich osiedlenia się.

Zbyteczne jest czynić teoretyczne rozważania jakby potoczył się dalej rozwój, gdyby mu wojna nie położyła nagłego końca. Wojna ze wszystkimi swymi zjawiskami następczymi stworzyła zarówno nowe jak nieoczekiwane położenie. Zakres tych stanowych ubezpieczeń lekarskich w znacznej mierze został zmieniony przez nowe wytyczenie granic politycznych. Koło osób ubezpieczonych zostało wskutek ucieczki, ewakuacji, powołania do służby wojennej, dostania się do niewoli itp. w wysokim stopniu gwałtownie wstrząśnięte. Pieniądze złożone w bankach przez ubezpieczenia albo zostały wywiezione i wskutek tego są już niedostępne, albo zostały zamrożone. Wszystkie warunki, na których opierają się te ubezpieczenia, doznały najgłębszego wstrząsu. Doszło do tego, że wskutek wydarzeń wojennych z konieczności wystąpiło o wiele więcej wypadków objętych ubezpieczeniem, aniżeli tego można było oczekiwać w czasach pokojowych.

Taka była sytuacja, gdy z końcem października 1939 r. zostałem powołany do przejęcia spraw Izb lekarskich w Generalnym Gubernatorstwie. Przy badaniu ubezpieczeń powstało pytanie czy pierwsze nadchodzące roszczenia ubezpieczeniowe mają być zaspakajane jeszcze wedle starych statutów tak długo, dopóki nie wyczerpie się zupełnie posiadanych środków, aby następnie resztę wypadków ubezpieczeniowych pozostawić po prostu ich własnemu losowi, czy też należało od razu wkroczyć na nowe drogi, które odpowiadały istocie ubezpieczeń w ramach możliwości. Zdecydowałem się, po porozumieniu z właściwymi urzędami, na to ostatnie. Wypłatę kapitałową przemieniłem zasadniczo w ubezpieczenie w formie renty. Wysokość rent w poszczególnych wypadkach ubezpieczeniowych została określona wysokością bieżących wpływów na ten cel. Rentę musiano utrzymać początkowo na takiej wysokości, ażeby przy środkach, na które można było liczyć, nie wystąpiła obawa późniejszego obniżenia renty przy odpowiednim rozczarowaniu zainteresowanych. Na tej drodze było możliwe wypełnienie, przynajmniej w skromnych rozmiarach, istoty ubezpieczenia składkowego tzn. zabezpieczenie rodzin pozostałych po zmarłych lekarzach przed najskrajniejszą nędzą przy pomocy bieżących dopłat.

Sprawiło mi radość stwierdzenie, że postępowanie to zostało należycie zrozumiane, i że ponadto także doszło do regularnego wpłacania składek, tak, że świadczenia ubezpieczeniowe z biegiem czasu mogły być nieco podwyższone. Zrozumiałe jest, że istniejącymi środkami musiało się gospodarować niezwykle ostrożnie i że wszystkie wypadki ubezpieczeniowe musiały być poddawane przede wszystkim troskliwemu zbadaniu, zanim od wypadku do wypadku powzięto postanowienie o przyznaniu renty.

Ażeby roszczenia pozostawały w zgodzie z dawniejszymi warunkami ubezpieczenia postanowiono, że wypłata renty aż do odwołania może być dokonywana tylko tak długo, dopóki suma tych przyznanych rent nie osiągnie stawki kapitałowej, której wypłata była początkowo przewidziana w warunkach ubezpieczenia. Przy tym uregulowaniu uwzględniono, że do tego kapitału można dodać, przy wypłacie w formie renty, odpowiednie stawki procentowe.

Tego uregulowania nie można, rzecz oczywista, uważać za ostateczne rozwiązanie problemu. Jest to raczej rozwiązanie przejściowe, ażeby istotę ubezpieczenia uratować w krytycznym okresie ostatnich miesięcy do czasu nowej jego budowy.

Izba Zdrowia uważa za jedno ze swych najważniejszych zadań utworzenie instytucji ubezpieczeniowej w przyszłości nie tylko dla lekarzy, lecz także dla wszystkich innych połączonych w Izbie Zdrowia zawodów leczniczych, które to ubezpieczenie byłoby zdolne właśnie zabezpieczyć krewnych poszczególnych członków zawodów leczniczych, w miarę możności. Byłoby przedwczesne mówić już teraz cokolwiek o formie tego ubezpieczenia, albowiem ogólne stosunki gospodarcze zawodów leczniczych teraz dopiero zaczynają na nowo wchodzić na normalne tory.

Przegląd tygodnia

W Münch. med., Wschr. w Nrze 35 z 30/VIII. 1940: **Geisthöfel** opisuje swoje doświadczenia wojenne w chirurgii. **Berendes** omawia ból głowy przy schorzeniach jamy czołowej. Jak wiadomo, ból głowy może wystąpić przy najlżejszym katarze nosa i to najczęściej wskutek zajęcia jamy czołowej. Może ono być trojakiego rodzaju: proste przekrwienie i nabrzmienie błony śluzowej w tej jamie może wywołać ból okostnowy; zamknięcie ductus nasofrontalis sprawi, że wydzielina jamy ulegnie zatrzymaniu; to zamknięcie może też sprawić, że pozostałe w jamie powietrze ulegnie wessaniu i powstanie ból ex vacuo. W obu ostatnich wypadkach przywrócenie drożności kanałowi usunie ból od razu. **Sautter** obserwował zapalenie nervi optici podczas laktacji. W parę tygodni po porodzie u 2-ch matek karmiących piersią wystąpiło niedowidzenie i nawet częściowa ślepota na obu oczach. Autor przypuszcza, że przyczyną jest autointoksykacja wskutek zwiększonego podczas laktacji rozpadu białka i tworzących się toksalbumin. Przerwanie karmienia i powstrzymanie czynności gruczołów mlecznych przywraca wzrok. **Rommel** chce wprowadzić obowiązkowe lekarskie oględziny noworodków. Jeżeli udało się pediatrii i opiece społecznej nad dzieckiem obniżyć w Niemczech od początku stulecia śmiertelność osesków z 30 proc. na 6 proc., to śmiertelność noworodków jest dotąd taka, jak była. A jednak akt przyjścia na świat jest dla dziecka urazem, który nieraz kończy się śmiercią, zwłaszcza przy porodach operacyjnych albo przedwczesnych. Obowiązkowe oględziny lekarskie mogłyby niejednej śmierci zapobiec. **Zur** zaleca leczyć ulcera cruris także wewnętrznie. Trzeba poprawić krążenie, znacznie ograniczyć pożywienie, dawać soki owocowe, naświetlać chorą kończynę słońcem lub lampą kwarcową. Resztę zrobią maści. **Nemecek** w chorobie Banga zaleca Detoxin.

Szumowski

Choroby zakaźne w Krakowie W sierpniu 1940 zgłoszono: typhus abd. zachorowań 14 (zgonów 3), dysenteria 13 (2), malaria 1, scarlatina 12, diphteria 19 (1), tuberculosis 57 (32), pertussis 21, febris puerperalis 2 (2), meningitis cert.-sp. (1), Heine-Medin 3, erysipelas 3, morbilli 44.

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Anordnung über die Einrichtung von Gesundheitsräten als Untergliederungen der Gesundheitskammer.

§ 1

Die Gesundheitskammer im Generalgouvernement gliedert sich in 4 Distriktsgesundheitskammern. Es wird errichtet:

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Zarządzenie o utworzeniu Rad Zdrowia jako podrzędnych organów Izby Zdrowia.

§ 1

Izba Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie dzieli się na cztery Okręgowe Izby Zdrowia. Tworzy się:

1. Die Distriktsgesundheitskammer Krakau,
2. Die Distriktsgesundheitskammer Warschau,
3. Die Distriktsgesundheitskammer Lublin,
4. Die Distriktsgesundheitskammer Radom.

§ 2

Jede Distriktsgesundheitskammer gliedert sich in Hauptgesundheitsräte, die bei den Stadt- und Kreishauptmannschaften gebildet werden.

§ 3

Innerhalb der Stadt- und Kreishauptmannschaften werden Kreisgesundheitsräte in Verbindung mit den Kreisarztstellen und mit den mit Kreisärzten besetzten Gesundheitspunkten in den Städten gebildet.

§ 4

In jedem Mehrarztsitz werden „Große Gesundheitsräte“ und an Einarztsitzen „Gesundheitsräte“ gebildet.

§ 5

Leiter der Distriktsgesundheitskammer ist der Leiter der Abt. Gesundheitswesen und gesundheitl. Volkspflege im Amte des Distriktschefs. Er trägt in dieser Beziehung die Dienstbezeichnung „Distriktsarzt“.

§ 6

Der Distriktsarzt beruft sofort die Leiter der Abt. Gesundheitswesen u. gesundheitl. Volkspflege bei den Stadthauptleuten und Kreishauptleuten seines Distrikts zu Leitern der Hauptgesundheitsräte. Diese Berufungen erfolgen zunächst kommissarisch ebenso wie die in den folgenden Paragraphen angeordneten. Die Leiter der Hauptgesundheitsräte tragen die Dienstbezeichnung „Hauptkreisarzt“.

§ 7

Die Hauptkreisärzte berufen die Kreisärzte im Gebiet ihrer Kreishauptmannschaft oder Stadthauptmannschaft zu Leitern der Kreisgesundheitsräte. Der Leiter des Kreisgesundheitsrates trägt die Dienstbezeichnung „Kreisarzt“.

Die Gesundheitspunkte in Großstädten entsprechen bei dieser Bezeichnung je einem Kreisgesundheitsrat.

§ 8

Die Kreisärzte berufen in jedem Mehrarztsitz ihres Kreisgebietes den charakterlich geeignetesten Arzt zum Leiter des Großen Gesundheitsrates. Der Leiter des Großen Gesundheitsrates trägt die Dienstbezeichnung „Erster Arzt“.

§ 9

Die Kreisärzte melden die Ärzte, welche in Einarztsitzen Leiter der Gesundheitsräte sind.

§ 10

Die Meldungen erfolgen auf dem Dienstweg an die nächst vorgesetzte Dienststelle. Der Dienstweg ist von den Aussenstellen zur Zentrale wie folgt:

1. a) Der Arzt des Einarztsitzes als Leiter des Gesundheitsrates an den Kreisarzt als Leiter des Kreisgesundheitsrates, b) Der Erste Arzt eines Mehrarztsitzes als Leiter des Großen Gesundheitsrates an den Kreisarzt als Leiter des Kreisgesundheitsrates.

1. Okręgową Izbę Zdrowia w Krakowie,
2. Okręgową Izbę Zdrowia w Warszawie,
3. Okręgową Izbę Zdrowia w Lublinie,
4. Okręgową Izbę Zdrowia w Radomiu.

§ 2

Każda Okręgowa Izba Zdrowia dzieli się na Powiatowe Rady Zdrowia, które powstaną przy Starostwach miejskich i powiatowych.

§ 3

W Starostwach Powiatowych i Miejskich powstaną w związku ze stanowiskami lekarzy powiatowych i obsadzonymi przez lekarzy powiatowych punktami zdrowotnymi miasta Obwodowe Rady Zdrowia.

§ 4

W każdej siedzibie wielu lekarzy powstaną „Wielkie Rady Zdrowia“, a w siedzibie jednego lekarza „Rady Zdrowia“.

§ 5

Kierownikiem Okręgowej Izby Zdrowia jest kierownik wydziału spraw zdrowotnych i zdrowotnej opieki nad ludnością w urzędzie Szefa Okręgu. W związku z tym ma on oznaczenie służbowe „lekarz okręgowy“.

§ 6

Lekarz okręgowy powołuje natychmiast kierowników wydziałów spraw zdrowotnych i zdrowotnej opieki nad ludnością przy starostach miejskich i powiatowych swego okręgu na kierowników Powiatowych Rad Zdrowia. Powołania te następują narazie komisarycznie tak samo jak i powołanie zarządzone w następnych paragrafach. Kierownicy Powiatowych Rad Zdrowia mają oznaczenie służbowe „lekarz powiatowy“.

§ 7

Lekarze powiatowi powołują lekarzy obwodowych na obszarze swego starostwa powiatowego, czy miejskiego na kierowników Obwodowych Rad Zdrowia. Kierownik Obwodowej Rady Zdrowia ma oznaczenie służbowe „lekarz obwodowy“.

Każdy z punktów zdrowotnych w większych miastach odpowiada przy tym oznaczeniu Obwodowej Radzie Zdrowia.

§ 8

Lekarze obwodowi powołują w każdej siedzibie wielu lekarzy swego obwodu lekarza nadającego się najbardziej pod względem charakteru na kierownika Wielkiej Rady Zdrowia. Kierownik Wielkiej Rady Zdrowia ma oznaczenie służbowe „pierwszy lekarz“.

§ 9

Lekarze obwodowi podają nazwiska lekarzy, którzy w siedzibach jednego lekarza są kierownikami Rad Zdrowia.

§ 10

Doniesienia uskutecznia się w drodze służbowej do bezpośredniej władzy przełożonej. Droga służbowa od ekspozytur do centrali jest następująca:

1. a) Lekarz siedziby jednego lekarza jako kierownik Rady Zdrowia do lekarza obwodowego jako kierownika Obwodowej Rady Zdrowia, b) pierwszy lekarz w siedzibie wielu lekarzy jako kierownik Wielkiej Rady Zdrowia do lekarza obwodowego jako kierownika Obwodowej Rady Zdrowia.

2. Der Kreisarzt als Leiter des Kreisgesundheitsrates an den Hauptkreisarzt als Leiter des Hauptgesundheitsrates.

3. Der Hauptkreisarzt als Leiter des Hauptgesundheitsrates an den Distriktsarzt als Leiter der Distriktsgesundheitskammer.

4. Der Distriktsarzt als Leiter der Distriktsgesundheitskammer an den Leiter der Gesundheitskammer im Generalgouvernement.

§ 11

Wenn der Dienstweg nicht eingehalten wird, so sind die übergangenen Stellen ebenfalls von den Meldungen in Kenntnis zu setzen.

§ 12

Die Leiter der Gesundheitsräte, d. h. die Ärzte der Arztsitze, melden an ihre Kreisärzte die Mitglieder ihres Gesundheitsrates mit Namen, Vornamen, Beruf, Wohnort und Wohnung.

§ 13

Die Ersten Ärzte melden an ihre Kreisärzte sämtliche Mitglieder ihres Großen Gesundheitsrates in derselben Form wie unter § 9 gefordert.

§ 14

Mitglieder des Gesundheitsrates und des Großen Gesundheitsrates sind sämtliche in dem Einarztsitz oder dem Mehrarztsitz tätigen Heilberufe, soweit sie der Gesundheitskammer angegliedert sind.

§ 15

Bei allen Meldungen ist bei der Namhaftmachung der einzelnen Heilberuflern ein Vermerk hinzuzufügen, welcher die Beurteilung der Eignung für eine führende Stellung abgeben soll.

Bemerkungen: a) sehr befähigt,
b) befähigt,
c) nicht befähigt.

§ 16

Die Kreisärzte melden an die Hauptkreisärzte von den ihnen namhaft gemachten Vertretern der verschiedenen Berufsstände von den „sehr befähigten" die befähigsten als Mitglieder ihres Kreisgesundheitsrates. Die Mitglieder des Kreisgesundheitsrates sollen möglichst am Amtssitz des Kreisarztes wohnen.

§ 17

Die Hauptkreisärzte melden an die Distriktsärzte von den befähigsten Vertretern der ihnen gemeldeten Heilberufe die tüchtigsten als Mitglieder ihres Hauptgesundheitsrates.

§ 18

Die Distriktsärzte melden dem Leiter der Gesundheitskammer namentlich die Berufsvertreter der einzelnen Fachgruppen ihrer Distrikts-Gesundheitskammer.

§ 19

Die Leiter des Großen Gesundheitsrates der Kreisgesundheitsräte, der Hauptgesundheitsräte und der Distriktsgesundheitskammer legen ihren nächst vorgesetzten Dienststellen einen Organisationsplan über die Zusammensetzung der von ihnen geleiteten Gesundheitsräte mit entsprechender Besetzung vor.

2. Lekarz obwodowy jako kierownik Obwodowej Rady Zdrowia do lekarza powiatowego jako kierownika Powiatowej Rady Zdrowia.

3. Lekarz powiatowy jako kierownik Powiatowej Rady Zdrowia do lekarza okręgowego jako kierownika Okręgowej Izby Zdrowia.

4. Lekarz okręgowy jako kierownik Okręgowej Izby Zdrowia do kierownika Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie.

§ 11

Jeżeli nie zachowuje się drogi służbowej, to należy meldunek podać do wiadomości również i tym pominiętym placówkom.

§ 12

Kierownicy Rad Zdrowia, t. j. lekarze w siedzibie jednego lekarza, zameldują swoim lekarzom obwodowym imię, nazwisko, zawód, miejsce zamieszkania i mieszkanie członków swojej Rady Zdrowia.

§ 13

Pierwsi lekarze zameldują swoim lekarzom obwodowym wszystkich członków swojej Wielkiej Rady Zdrowia w tej samej formie jak tego wymaga się w § 12.

§ 14

Członkami Rady Zdrowia i Wielkiej Rady Zdrowia są wszyscy zamieszkali na terenie siedziby jednego lekarza albo wielu lekarzy czynni członkowie zawodów leczniczych, będący członkami Izby Zdrowia

§ 15

Przy wszystkich meldunkach należy przy wymienianiu nazwisk poszczególnych członków zawodów leczniczych umieścić uwagę podającą ocenę zdatności na kierownicze stanowisko. Uwagi mają brzmieć: szczególnie zdatny, zdatny, niezdatny.

§ 16

Lekarze obwodowi podadzą lekarzom powiatowym z wykazem zapodanych im przedstawicieli różnych zawodów spośród „szczególnie zdatnych" najbardziej nadających się jako członków swojej Obwodowej Rady Zdrowia.

§ 17

Lekarze powiatowi podadzą lekarzom okręgowym spośród zameldowanych im najbardziej nadających się członków zawodów leczniczych najdzielniejszych jako członków swojej Powiatowej Rady Zdrowia.

§ 18

Lekarze okręgowi podają kierownikom Izby Zdrowia imiennie przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych swojej Okręgowej Izby Zdrowia.

§ 19

Kierownicy Wielkich Rad Zdrowia, Obwodowych Rad Zdrowia, Powiatowych Rad Zdrowia, Okręgowych Rad Zdrowia przedłożą swoim bezpośrednio przełożonym urzędom plan organizacji obejmujący skład kierowanej przez siebie Rady Zdrowia z zapodaniem obsady.

§ 20

Die Organisation ist auf dem schnellsten Wege durchzuführen, damit sie bei Beginn des Winters zur Seuchenbekämpfung erfolgreich zum Einsatz kommen kann. Die Distriktsärzte melden dem Leiter der Gesundheitskammer den Abschluß der organisatorischen Maßnahmen.

Der Leiter i. V.
Dr. Kroll

§ 20

Organizację należy przeprowadzić jak najszybciej, aby z początkiem zimy mogła ona być użyta przy zwalczaniu chorób zakaźnych.

Lekarze okręgowi zameldują kierownikom Izby Zdrowia zakończenie akcji organizacyjnej.

Kierownik w z.
Dr. Kroll

Bekanntmachung betr. zusätzliche Seifenversorgung.

Im Einvernehmen mit dem Leiter des Verbandes der Seifenfabriken im Generalgouvernement mache ich bekannt:

A.

Über die normale Ration hinausgehende Mengen an Waschmitteln werden zugeteilt:

1. a) berufsmässig in der Kranken- und Säuglingspflege beschäftigten Personen, Ärzten, Apothekern, Zahnärzten, Dentisten, Hebammen, Krankenschwestern, Feldscherern usw.

   b) beamteten, praktischen und Schlachthof-Tierärzten.

   Diese erhalten monatlich:
   1 Stück Feinseife (Einheitsseife),
   250 g Seifenpulver.

2. berufsmässig in staatlichen und städtischen Untersuchungsstellen und Gesundheitsämtern tätigen Personen, an Facharbeiter in der pharmazeutisch-chemischen Industrie, deren Tätigkeit besondere hygienische Maßnahmen erfordert, sowie an das Beschaupersonal an Schlachthöfen.

   Diese erhalten monatlich:
   1 Stück Feinseife (Einheitsseife),
   250 g Wasch-Seifenpulver.

3. Kranken, die laut Bescheinigung eines beamteten Arztes (Distrikts-, Kreis- oder Stadtarzt) an einer mit gesteigerter Empfindlichkeit der Haut einhergehenden Krankheit leiden und sich nicht in einer der unter B genannten Anstalten befinden.

   Diese erhalten monatlich:
   1 Stück Feinseife (Medizinische Seife),
   Wasch-Seifenpulver nach Bedarf, jedoch nicht über 250 g.

B.

Es erhalten ferner:

1. Kranken- und Entbindungsanstalten monatlich:

   1 Stück Feinseife (Einheitsseife) für jedes belegte Bett, 100 g Haushaltsseife (Kernseife) für jedes belegte Bett, 250 g Wasch-Seifenpulver für jedes belegte Bett.

Ogłoszenie dotyczące dodatkowego zaopatrzenia w mydło

W porozumieniu z kierownikiem Związku Fabryk mydła w Generalnym Gubernatorstwie podaję do wiadomości:

A.

Ponad normalny przydział otrzymają dodatkowe ilości środków do mycia:

1. a) osoby trudniące się zawodowo pielęgnacją chorych i niemowląt, lekarze, aptekarze, lekarze-dentyści, technicy dentystyczni, położne, pielęgniarki, felczerzy itd.

b) weterynarze urzędowi, praktykujący i zatrudnieni w rzeźniach.

Powyżsi otrzymywać będą miesięcznie:
1 kawałek mydła toaletowego (jednolite)
250 g proszku mydlanego.

2. osoby zatrudnione zawodowo w państwowych i miejskich Zakładach badania i Urzędach zdrowia, pracownicy przemysłu farmaceutyczno-chemicznego, których czynności wymagają szczególnie higienicznego postępowania, jak również personal oglądaczy w rzeźniach.

Osoby te otrzymywać będą miesięcznie:
1 kawałek mydła toaletowego (jednolite)
250 g proszku mydlanego do prania.

3. chorzy, którzy według poświadczenia urzędowego lekarza (okręgowego, powiatowego i miejskiego) cierpią na chorobę skóry, spowodowaną jej wzrastającą wrażliwością, a nie znajdują się w jednym z zakładów, wymienionych pod B.

Otrzymają oni miesięcznie:
1 kawałek mydła toaletowego (lecznicze)
proszek do prania w miarę potrzeby, jednak nie więcej jak 250 g.

B.

Dalej otrzymywać będą:

1. Szpitale i kliniki położnicze miesięcznie:

1 kawałek mydła toaletowego (jednolite) na każde zajęte łóżko, 100 g mydła gospodarczego (ziarniste) na każde zajęte łóżko, 250 g proszku mydlanego do prania na każde zajęte łóżko.

2. Heil- und Pflegeanstalten (Irrenanstalten) monatlich:

1 Stück Feinseife (Einheitsseife) für jeden Insassen, 250 g Wasch-Seifenpulver für jeden Insassen.

3. Gefängnisse monatlich:

1 Stück Feinseife (Einheitsseife) für jeden Insassen, 100 g Wasch-Seifenpulver für jeden Insassen.

4. Entlausungs- und Desinfektionsanstalten:

20 g Schmierseife für jedes Entlausungsbad.

Ausführungsbestimmungen.

Die Belieferung der unter Ziffer A 1 genannten Personen, soweit sie freiberuflich tätig sind, und der Kranken nach Ziffer A 3 erfolgt durch die Apotheken. Die Apotheken führen Kundenlisten und stempeln bei Abgabe der Waschmittel die Spirituskarte der in den Heilberufen tätigen Personen ab. Für die in Apotheken tätigen Apotheker und pharmazeutisches Hilfspersonal sind die zusätzlichen Waschmittel durch den Leiter der Apotheke beim Chef des Distriks, Abteilung Gesundheitswesen, Referat Apotheken- u. Arzneimittelwesen, mit Freigabeantragsschein gesammelt anzufordern.

Bei den unter Ziffer A 3 benannten Kranken hat die Belieferung gegen Vorlage der ärztlichen Bescheinigung (Rezept) zu erfolgen, die in den Apotheken zur Kontrolle zurückzubehalten ist.

Der Bedarf der unter A 2 genannten Personen und der unter B 1—4 genannten Anstalten ist von der Anstalts- bzw. Instituts- oder Betriebsleitung unter Beifügung der für die angeforderten Mengen notwendigen Unterlagen bei der Abteilung Gesundheitswesen im Amt des Chefs des Distrikts anzumelden. Die Belieferung erfolgt über die hierfür zugelassenen Großhandlungen.

Personen unter Ziffer A 1, die in den unter Ziffer B 1—3 genannten Anstalten beschäftigt sind, erhalten ihre Waschmittel über diese Anstalten. Der Bedarf dieser Personen ist bei der Anforderung der Anstalten besonders zu vermerken.

Diese Regelung tritt am 1. 10. 1940 in Kraft.

Die Bekanntmachung der Abteilung Gesundheitswesen im Amt des Chefs des Distrikts Warschau vom 26. Juli 1940 tritt damit außer Kraft.

Krakau, den 10. September 1940.

Amt des Generalgouverneurs
Abt. Gesundheitswesen
Im Auftrage:
gez. **Dr. Luckenbach**

2. Zakłady lecznicze i wychowawcze (zakłady dla umysłowo chorych) miesięcznie:

1 kawałek mydła toaletowego (jednolite) dla każdego przebywającego tam, 250 g proszku mydlanego do prania dla każdego przebywającego.

3. Więzienia miesięcznie:

1 kawałek mydła toaletowego (jednolite) dla każdego przebywającego, 100 g proszku mydlanego do prania dla każdego przebywającego.

4. Zakłady odwszawiania i odkażania:

20 g mydła szarego na każdą kąpiel oczyszczającą.

Postanowienia wykonawcze.

Zaopatrzenie osób wymienionych pod A 1, o ile są członkami wolnych zawodów, jak również chorych według A 3 następuje przez apteki. Apteki prowadzą wykaz odbiorców i przy wydawaniu środków do mycia stemplują kartę na pobór spirytusu osób zatrudnionych w zawodach leczniczych. Dla aptekarzy zajętych w aptekach i pomocniczego personalu farmaceutycznego zażąda kierownik apteki wspólnym wnioskiem w Urzędzie Szefa Okręgu w Wydziale zdrowia, referat apteki i środki lecznicze, wydania kart poboru na dodatkowe ilości środków do mycia.

Wydawanie mydła chorym wymienionym pod A 3 następować będzie na podstawie recepty lekarskiej, którą zatrzymuje apteka dla kontroli.

Zapotrzebowanie dla osób wymienionych pod A 2 i zakładów wyszczególnionych pod B 1—4, winno zgłaszać kierownictwo zakładu, względnie instytutu czy przedsiębiorstwa, dołączając potrzebne uzasadnienie żądanych ilości, w Wydziale zdrowia w Urzędzie Szefa Okręgu. Dostawa następuje przez upoważnione do tego hurtownie.

Osoby wymienione pod A 1, zatrudnione w zakładach oznaczonych cyfrą B 1—3, otrzymają środki do mycia w swoich zakładach pracy. Zapotrzebowanie dla tych osób należy szczególnie zaznaczyć w żądaniu zakładów.

Postanowienie to wchodzi w życie z dniem 1 października 1940.

Wskutek tego traci swą ważność ogłoszenie Wydziału zdrowia w Urzędzie Szefa Okręgu Warszawskiego z 26. lipca 1940.

Kraków, 10. września 1940.

Urząd Generalnego Gubernatora
Wydział Zdrowia
Z p. **Dr. Luckenbach**

Na zarządzenie stałego zastępcy Kierownika Izby Zdrowia wszyscy lekarze powiatowi w Generalnym Gubernatorstwie będą na przyszłość otrzymywać poza egzemplarzem obowiązkowym naszego czasopisma „Zdrowie i Życie“ także jeden egzemplarz bezpłatnie dla użytku służbowego.

Betr.: Bekanntmachung über zusätzliche Seifenversorgung vom September 1940.

Gemäss obiger Bekanntmachung kann für Kranke (unter A 3) medizinische Seife ärztlich verordnet werden. Es kommen folgende medizinische Seifen in den Apotheken zur Auslieferung:

1) Carbol 5%
2) Ichthyol 5%
3) Kreolin 5%
4) Schwefel 10%
5) Teer 5%
6) Teer-Schwefel 5/10%

Die ärztlichen Verordnungen müssen folgende Angaben enthalten:

1) Name und Anschrift des Arztes,
2) die verordnete Seife,
3) Name und Wohnung des Patienten.

Die Abgabe erfolgt auf jedes Rezept nur einmal; die Rezepte dürfen weitere Arzneiverordnungen nicht enthalten und sind in den Apotheken als Belege zurückzubehalten.

Medizinische Seife darf nur, soweit ärztlich begründet und nicht durch andere Mittel oder Massnahmen ersetzbar, verordnet werden. Ein Verordnungsmissbrauch wird bestraft.

Amt des Generalgouverneurs
Abt. Gesundheitswesen
Im Auftrage: **Dr. Luckenbach**

Dotyczy: ogłoszenia o dodatkowym zaopatrzeniu w mydło z września 1940.

Stosownie do powyższego ogłoszenia lekarze mogą zapisywać chorym (pod A 3) mydło lecznicze. Następujące mydła lecznicze są do nabycia w aptekach:

1) karbolowe 5%
2) ichtyolowe 5%
3) kreolinowe 5%
4) siarkowe 10%
5) smołowe 5% (dziegciowe)
6) smołowo-siarkowe 5/10%

Recepty lekarskie muszą zawierać następujące dane:

1) nazwisko i adres lekarza,
2) przepisane mydło,
3) nazwisko i adres pacjenta.

Wydanie mydła na receptę następuje tylko jednorazowo. Na recepcie nie mogą być podane równocześnie inne środki lecznicze. Recepty takie zatrzymują apteki jako dowód.

Mydło lecznicze może być zapisane tylko w wypadku leczniczo uzasadnionym, gdy nie może być zastąpione innym środkiem. Nadużycia spowodowane niestosowaniem się do tego zarządzenia będą karane.

Urząd Generalnego Gubernatora
Wydział Zdrowotności
z. p. **Dr. Luckenbach**

Osobiste

Dotychczasowy kierownik Izby Aptekarskiej i referent Wydziału Apteki i środki lecznicze w Urzędzie Generalnego Gubernatora radca farmacji Dr. Lukkenbach został odwołany ze swego stanowiska. Stanowisko to objął radca farmacji Dr. Weber.

Wpłat na prenumeratę naszego czasopisma, uiszczanych wprost do Izby Zdrowia, nie będzie się odtąd przyjmować.

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.

CENNIK OGŁOSZEŃ

KOLUMNA OGŁOSZENIOWA: wysokość 280 mm, szerokość 186 mm. 1 kolumna obejmuje 2.240 wierszy mm, 1 łam ma szerokość 22 mm.

CENA ZASADNICZA DLA OGŁOSZEŃ:

1/1 kolumna	Zł 537.60
1 mm w 1 łamie . . .	„ 0·24

OPUSTY:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotne	3%
6 „	5%
12 „	10%
24 „	15%
52 „	20%

zależnie od wielkości ogłoszenia:

1000 mm	3%
3000 „	5%
5000 „	10%
10000 „	15%
20000 „	20%

DOPŁATY:

2 strona okładki	75%
3 i 4 strona okładki . . .	50%
ogłoszenie pod tekstem . .	75%
na miejscu zastrzeżonym . .	25%

POSZUKIWANIE PRACY:

za słowo	Zł. 0·20
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·40

WOLNE POSADY:

za słowo	Zł 0·40
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·80

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1·50, opłaty manipulacyjnej.